

Utilizarea metodei propuse în comparație cu atelele bimaxilare, fixate cu ligaturi din sârmă, are o prioritate vădită, pentru că: șuruburile și implantele asigură o imobilizare și o fixare rigidă a fragmentelor osoase, mențin dimensiunea verticală de ocluzie pe toată durata de tratament. Această metodă se aplică ușor și poate fi utilizată pe larg în chirurgia o.m.f. Șuruburile nu traumează țesuturile paradontale și papilele interdente, pot fi sterilizate și folosite repetat. Persoanele accidentate pot respecta o igienă orală mai bună.

Summary

The work is based on utilization of surgical-orthopedic methods of treatment at 50 accidental men patients with middle age of 20 – 40 years old with unilateral no dislocated mandible fragment fractures and with unceasing of vertical dimension of occlusion as a result of partial edentulous and loose of antagonist teeth, who were hospitalized and treated in center of oral and maxillofacial surgery from Chisinau city, Republic of Moldova.

We have to mention that utilization of bicortical screws and implant in compare with bimaxillary arch bars, fixed with wires, have a great priority through: screws give a possibility to immobilize and fix rigid bone fragments. Methods are easy to make and can be used large in oral and maxillo-facial surgery. Screws do not traumatize periodontal tissues and interdental papilla, can be sterilized and used for many time. Patients can respect a better oral hygiene.

UNELE ASPECTE ALE TRATAMENTULUI CONTEMPORAN AL FRACTURILOR DE ACETABUL

Petru Croitor, dr. în medicină, conf. univ., USMF “Nicolae Testemițanu”

Fractura de acetabul este considerată o fractură nerezolvată până în prezent, care afectează mai frecvent populația tânără și economic productivă și apare în urma accidentelor rutiere, are un pronostic nefavorabil și duce la o invalidizare sporită. De cele mai multe ori fractura de acetabul se produce prin „șoc al tabloului de bord” în accidentele de circulație, prin traumatism direct în regiunea trohanteriană, prin cădere de la înălțime în picioare sau în genunchi etc.

Până la mijlocul secolului al XX-lea, când s-a început popularizarea tratamentului chirurgical de către frații Judet și Emil Letournel, fractura de acetabul se trata conservator. Actualmente preferințele terapeutice sunt pentru intervențiile chirurgicale.

Date statistice referitoare la fracturile de acetabul sunt puține și au un grad mare de divergență în diferite țări ale lumii. Conform surselor bibliografice, cota acestor leziuni, care se produc prin acțiunea puterii traumatiche mari, este de la 7% până la 22,2% din toate fracturile oaselor bazinului. Rezultatele cercetărilor efectuate într-un studiu de cohortă în cadrul Spitalului Regal din Edenburg, Marea Britanie, pe parcursul anilor 1998-2003 pe un număr de 351 de pacienți au arătat că frecvența acestor fracturi a constituit 3 cazuri la 100 000 de persoane pe an, iar îngrijirea spitalicească a unui caz a costat aproximativ 14830 de lire sterline.

La baza principiilor terapeutice ale acestor fracturi stau așa noțiuni ca: acetabulul „chirurgical” și „funcțional”, corectitudinea investigațiilor imagistice, clasificările contemporane și principiile tratamentului de urgență, tratamentul ortopedic, îndeosebi, cel chirurgical, de asemenea și cauzele celor mai frecvente complicații.

Acetabulul „chirurgical”. Din punct de vedere chirurgical, acetabulul este compus nu numai din cavitatea articulară, ci și din osoasele masive care o înconjoară și care susțin suprafața articulară. Aceste osoase schematic au forma literei Y răsturnat, văzut din lateral. Cele 2 brațe ale literei Y sunt numite coloane ale acetabului, unite prin intermediul plafonului acetabular. Coloana anterioară sau iliopubiană, concavă înainte și înăuntru, se întinde de la creasta iliacă către simfiza pubiană și formează peretele anterior al acetabulului. Coloana posterioară se întinde de la marea scobitură sciatică, include peretele posterior al acetabulului și continuă către ramura inferioară pubiană și tuberozitatea ischiatică.

Acetabulul „funcțional”. Dacă prin două linii oblice la 45° care se intersectează în centrul acetabulului, ultimul se împarte în 4 părți, cele 2 superioare sunt portante și garantează stabilitatea șoldului și congruența capului femural față de acetabul. Prima zonă portantă este acoperișul acetabulului, garant al stabilității șoldului în extensie; a doua zonă este peretele posterior al acetabulului, garant al stabilității șoldului în flexie. Zonele neportante (peretele anterior și pătratul inferior) nu participă nici la stabilitate, nici la congruență.

Examinarea imagistică. Pentru precizarea diagnosticului, o mare importanță are examinarea imagistică, ce include:

- Radiografia anteroposterioară a bazinului și șoldului, care poate stabili diagnosticul de fractură al acetabulului prin studierea reperilor acestuia.
- Rx oblică obturatorie, în care bolnavul este așezat oblic pe șoldul sănătos, cu bazinul înclinat la 45°, iar clișeul radiographic scoate în evidență cadrul obturator, coloana iliopubiană, marginea posterioară a acetabulului și acoperișul lui.
- Rx oblică alară se efectuează așezând bolnavul înclinat la 45° pe șoldul bolnav, clișeul scoate în evidență aripa iliacă, marginea anterioară a iliacului și a acetabulului și peretele posterior al acetabulului.
- CT este singura metodă care poate să descrie corpii străini intraarticulari.
- RMN poate oferi imagini detaliate ale traiectelor de fractură și deplasării acestora, îndeosebi prin reconstrucția tridimensională.

Fracturile acetabulare prezintă un interes deosebit datorită frecvenței (50-60% din fracturile bazinului), vârstei tinere a traumatizaților (20-40 de ani), complexității tratamentului și sechelelor importante în condițiile unui tratament incomplet.

Clasificarea fracturilor acetabulare. Dintre cele mai cunoscute și mai utilizate sunt clasificarea lui Judet și Letournel, clasificarea lui M. Tile și cea a asociației AO – ASIF:

- Robert Judet și Emile Letournel împart fracturile de cotil în două categorii – în elementare și mixte. În fracturile elementare este fracturat unul dintre elementele constitutive ale acetabulului. Fracturile mixte se caracterizează prin asocierea a două sau a mai multe fracturi elementare. Această clasificare cuprinde 13 tipuri de fracturi.

- Clasificarea lui M. Tile este în funcție de gradul deplasării și stabilității fragmentelor; are o deosebită importanță în selectarea indicațiilor terapeutice și stabilirea prognosticului evoluției leziunii.

Clasificarea AO ASIF include 3 tipuri de fracturi acetabulare – A, B.

Fiecare tip de fractură are câte 3 grupe de fracturi: I, II, III.

Complicații. Cele mai frecvente sunt complicațiile ce țin de nereducerea anatomică a fracturilor articulare și de dereglarea circulației sangvine în capul femural – coxartroza posttraumatică și necroza avasculară a capului femural.

Scopul studiului. Studiarea posibilităților și a eficacității intervențiilor chirurgicale în tratamentul fracturilor de acetabul.

Materiale și metode. Studiul include tratamentul a 221 de pacienți cu fracturi de acetabul, tratați conservator și chirurgical în Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă din or. Chișinău pe parcursul anilor 2000-2006. După caracterul său, studiul este de tip analitic, conform genului – integral, prin studiul întregului „univers statistic”, inclus în cercetare în funcție de timp și locație.

Rezultate și discuții. Pacienții supuși tratamentului după sex au fost repartizați astfel: 164 de bărbați (25,8%) și 57 de femei (74,2%). Majoritatea pacienților au avut vârsta de 41-50 de ani (22,6%) (fig. 1).

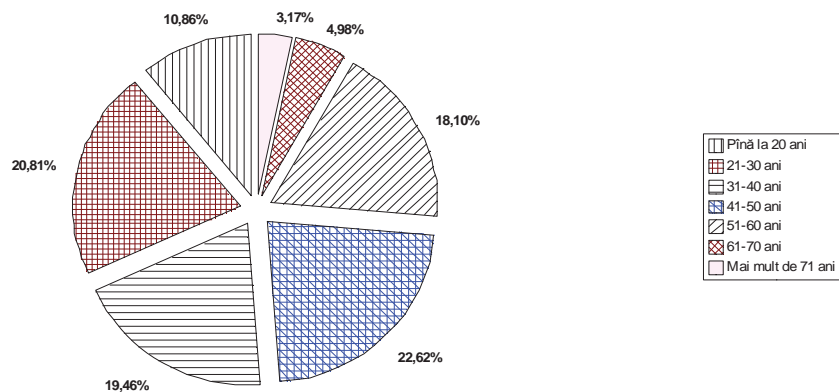


Figura 1. Repartizarea după vârstă a pacienților incluși în studiu

Conform mecanismului traumei, a prevalat accidentul rutier - 132 de pacienți (59,7%), cata-traumatismul - 70 de pacienți (31,7%), alte cauze - 19 pacienți (8,6%).

Cazuistica după tipul de fractură potrivit clasificării AO (AO ASIF) și clasificării Pipkin: fractura de tip-A – 79 de pacienți, fractura de tip-B-5 pacienți, fractura de tip-C – 20 de pacienți și fractura Pipkin-IV – 11 pacienți. Coxartroza drept consecință a fracturii de acetabul a fost înregistrată la 12 pacienți, fractura acetabului cu oasele bazinului de tip-A+tip-A la 48 pacienți, de tip-A+tip-B la 8 pacienți, de tip-A+ tip-C la 1 pacient, de tip-B+tipA la 5 pacienți, de tip-B+tip B la 2 pacienți, de tip-C+tipA la 26 de pacienți și de tip-C+tip-B la 2 pacienți. La 52,4% din numărul pacienților fractura a fost localizată la șoldul stâng, la 46,2% la șoldul drept și la 1,4% bilateral.

Fracturile fără deplasare se tratează prin repaos la pat timp de 60 de zile, cu reeducarea precoce a mișcărilor. Mersul cu sprijin pe piciorul afectat este permis după cel puțin 3 luni. Fracturile cu deplasare necesită o reducere cât mai perfectă și precoce a fragmentelor fracturate, cu refacerea anatomiei normale a acetabului. Având în vedere că în fracturile acetabului capsula articulară păstrează inserțiile pe fragmentele osoase, unii autori preferă tratamentul ortopedic prin tracție continuă timp de 6 – 8 săptămâni.

Pe parcursul ultimilor ani, metodele de tratament al fracturilor acetabulare au fost supuse unor schimbări radicale, existând tendința spre chirurgicalizarea acestor fracturi, datorită inițiativei lui E. Letournel și R. Judet în anii '60. Cele mai raționale aborduri chirurgicale pentru aceste fracturi până în prezent rămân calea Kocher-Langenbec, abordurile ilioinghinal și iliocrural lărgit. Drept indicații pentru abordul Kocher-Langenbec servesc fracturile peretelui posterior, ale coloanei posterioare, fracturile transversale sau cele transversale împreună cu peretele posterior, în formă de T.

Abordul ilioinghinal are indicații în fracturile peretelui anterior, coloanei anterioare, coloanei anterioare plus cea posterioară hemitransversă, în fracturile transversale și ale ambelor coloane. Abordul iliocrural lărgit este rațional în fracturile mixte ale ambelor coloane și în fracturile transversale și peretele posterior în formă de T. Abordul lateral cu osteotomia marelui trohanter, din cauza leziunii unor surse vasculare restante după luxație și a primejdiei devascularizării capului femural, are indicații restrânse în fracturile acetabulare. Fragmentele reduse se fixează cu 2 – 3 șuruburi sau cu plăci de reconstrucție. În cazurile de fracturi grave, unde este imposibilă refacerea articulației, mai ales în cazurile înveterate, sunt indicate artrodeza sau endoprotezarea totală de șold.

În perioada postoperatorie rămâne obligatorie profilaxia complicațiilor septice și a celor tromboembolice. Profilaxia osificărilor periarticulare se obține prin administrarea AINS. Mobilizarea articulară începe în primele zile după operație, sprijinul fiind admis nu mai devreme de 3 luni.

În cercetarea noastră, tratamentul efectuat a fost conservator și chirurgical. Tratamentului conservator au fost supuși 146 de pacienți (66,1%), iar celui chirurgical 75 de pacienți (33,9%). Tratamentul conservator a inclus extensia unipolară transcondiliană - 105 pacienți (71,9%), extensia bipolară - 31 de pacienți (21,2%) și tratamentul funcțional - 10 pacienți (6,9%). Metodele de tratament au fost:

osteosinteza cu șuruburi - 25 de pacienți, osteosinteza cu șuruburi și plăci - 12 pacienți, osteosinteza cu foraj TTCC și plastia după Judet - 11 pacienți, osteosinteza în aparatul pelviefemural - 9 pacienți, artrodeza – 1 pacient, artroplastia primară cu osteosinteza acetabului - 4 pacienți și artroplastia drept consecință a coxartrozei - 13 pacienți (*tab.1*).

Tabelul 1

Repartizarea pacienților după metoda de tratament

<i>Metoda de tratament</i>		<i>Numărul de pacienți</i>	
		<i>c.a.</i>	<i>%</i>
1.	<i>Tratament conservator</i>	146	66,1
a.	Extensia unipolară transcondiliană	105	71,9
b.	Extensia bipolară	31	21,2
2.	<i>Tratament chirurgical</i>	75	33,9
a.	Osteosinteza cu șuruburi	25	33,3
b.	Osteosinteza cu șuruburi și plăci	12	16,0
c.	Osteosinteza cu foraj TTCC și plastia după Judet	11	14,7
d.	Osteosinteza în aparat pelviefemural	9	12,0
e.	Artrodeza	1	1,4
f.	Artroplastia primară cu osteosinteza acetabului	4	5,3
g.	Artroplastia ca consecință al coxartrozei	13	17,3
<i>În total</i>		221	100

Concluzii

1. Fractura acetabului cel mai frecvent survine din cauza accidentelor de circulație și a catatraumatismelor.

2. Cunoașterea anatomiei arterei circumflexe femurale mediale, care vascularizează mai mult de 1/3 a capului femural, și păstrarea ei pe parcursul intervenției chirurgicale permit a efectua profilaxia NACF.

3. Aplicarea abordului Ganz în chirurgia acetabului asigură o mai bună vizualizare al domului acetabular și o ușoară aplicare al implantelor.

4. O mare importanță în planning-ul preoperator are CT-3D, care prezintă tipul de fractură, numărul fragmentelor, mărimea deplasării și alegerea implantelor.

Bibliografie selectivă

1. A. Laird, J.F.Keating, *A 16-year prosspective epidemiological study*. JBJS-Br, vol.87-B, Issue 7, pag. 969-973.
2. Proca E., *Tratat de patologie chirurgicală*, vol III, Editura Medicală, București, 1998.
3. Muller M. E., *Manual of internal fixation-pelvis and acetabulum*, Springer Verlag, 1991.
4. Georgescu N, *Ortopedie – Traumatologie*, Iași, 1996.
5. Judet R., Judet J. and Letournel E., *Fractures of the acetabulum, classification and surgical approaches for open reduction*. J. Bone and Joint Surg., 46-A : 1615-1646, Dec. 1964.

Rezumat

În baza analizei literaturii de specialitate și a experienței de tratament a 221 de pacienți cu fracturi acetabulare cu deplasarea fragmentelor, autorul apreciază factorii de care depinde reușita în tratamentul fracturilor acetabulare. Se consideră că pentru a înțelege principiile de tratament al acestor fracturi, trebuie cunoscute în prealabil câteva noțiuni privind cotilul „chirurgical” și cel „funcțional”, corectitudinea investigațiilor imagiste, clasificările contemporane, principiile tratamentului ortopedic, îndeosebi al celui chirurgical. Sunt apreciate indicațiile către abordurile chirurgicale existente pentru fiecare tip de fractură.

Summary

The author appreciates the desiderates on which depends the success in the treatment of the acetabular fractures based on analyzed contemporary literature. It is considered that to understand the principles of the

treatment for these fractures it is necessary to know beforehand a few notions concerning the acetabulum “chirurgicalis” and acetabulum “functional”, the correctness of the investigations imagistic, contemporary classification and the principles of the treatment in emergency, of the orthopedic and especially of the surgical treatment. In accordance with these principles 221 patients were treated with acetabulum fractures.

TRATAMENTUL NONOPERATOR AL TRAUMATISMELOR HEPATICE ÎNCHISE - OPORTUNITATE CHIRURGICALĂ

Gheorghe Rojnovanu¹, dr. în medicină, conf. univ., **Gheorghe Ghidirim**¹, dr. h. în medicină, prof. univ., academician, **Radu Gurghiș**¹, asist. univ., **Carolina Tuciac**², **Victor Gafton**², Laboratorul de Chirurgie Hepato-pancreato-biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”¹, Departamentul imagistică, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă²

Ficatul rămâne a fi cel mai traumatizat organ la pacienții cu traumatism abdominal închis și este cauza principală de deces în traumatismul hepatic sever, cu mortalitatea de 10-15% [21]. Prevalența traumatismului ficatului în ultimele decenii a crescut [16,23]. Până la începutul anilor '90 traumatismul hepatic mai des era primar identificat prin lavajul peritoneal diagnostic sau prin laparotomie [9]. Istoricul, standard acceptat, era intervenția chirurgicală la suspexții cu traumatism hepatic pentru controlarea hemoragiei, repararea la necesitate a structurilor biliare, drenarea spațiilor perihepatice pentru controlul biliragiei și evitarea sepsisului hepatic [23].

În ultimele decenii tratamentul nonoperator împreună cu “packing-ul” perihepatic și reexplorarea planificată reprezintă cele mai importante achiziții în terapia traumatismelor hepatice. În prezent, aproximativ 50-80% dintre traumatismele închise ale organelor parenchimotoase sunt abordate nonoperator [6], chiar dacă seriile chirurgicale anterioare au arătat că 22-61% din pacienții cu traumatism închis sau penetrant al ficatului sunt în șoc la momentul spitalizării și, probabil, ar necesita laparotomie de urgență [4]. Oldham și coaut. au observat că majoritatea chirurgilor, implicați în abordarea traumatismelor hepatice, acceptă că nu orice caz necesită explorare operatorie de rutină [8]. Observațiile din literatura de specialitate documentează că 50-70% din leziunile hepatice nu hemoragiază în momentul laparotomiei [1,16,25]. De aici și apariția opțiunii pentru tratamentul nonoperator al leziunilor hepatice la pacienții hemodinamici stabili, la copii sau adulți [22]. Rutledge, într-un studiu multicentric efectuat în 1995 la Universitatea din Carolina de Nord, a constatat sporirea ratei atitudinii terapeutice nonoperatorii între anii 1988-1992 de la 55% până la 79% în funcție de gradul leziunii: în cele ușoare până la 90%, iar în leziunile severe până la 19-40% [24]. Actualmente rata raportată a succesului managementului nonoperator al leziunilor hepatice constituie 82-100% [6,8,20], mai mult ca atât, o creștere absolută a incidenței traumatismelor hepatice soluționate nonoperator este neechivocă [9].

În ceea ce privește tipul leziunii hepatice tratate nonoperator, această atitudine se referă, în particular, la contuzii. Tratamentul nonoperator în prezent este indicat în leziunile hepatice de gradele I-III după AAST [16], în hematoamele subcapsulare și intrahepatice, atât timp cât nu există indicații chirurgicale. Cu regret, la politraumatizați leziunile asociate obligă de multe ori să se efectueze intervenția chirurgicală și în cazul în care leziunea hepatică poate fi tratată nonoperator. Tratamentul nonoperator este tot mai frecvent recomandat și implementat în abordarea traumatismelor organelor abdominale parenchimotoase [9]. Un consens clinic actual bine stabilit orientează spre tratamentul operator sau nonoperator, criteriile pentru adoptarea opțiunii nonoperatorii fiind stricte:

- stabilitatea hemodinamică a pacientului, caracterizat printr-un index de șoc Algower < 1, cu un necesar de soluții electrolitice < 2 litri și de masă eritrocitară < 2 unități în cele două ore succesive spitalizării sau de maximum 4 unități de sânge în 24 de ore;
- absența semnelor de iritație peritoneală, a pneumoperitoneului pe radiografia abdominală sim-